

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
calvizie precoce, capelli distrofici, alopecia areata a chiazze, terapia di sostegno nel trapianto di capelli.
- b) possibili varianti nell'esecuzione:**
utilizzo di farmaci.
- c) benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
ricomparsa della crescita dei capelli
- d) rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
nessuno.
- e) rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
ematomi.
- f) possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
Nessuno.
- g) possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
.....
- h) Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
.....

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data / / ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

BIORIVITALIZZAZIONE CON PIASTRINE PER ALOPECIA

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di *chi ne fa le veci*

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
calvizie precoce, capelli distrofici, alopecia areata a chiazze, terapia di sostegno nel trapianto di capelli.
- b) possibili varianti nell'esecuzione:**
utilizzo di farmaci.
- c) benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
ricomparsa della crescita dei capelli
- d) rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
nessuno.
- e) rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
ematomi.
- f) possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
Nessuno.
- g) possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
.....
- h) Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
.....

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento..... | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

BIORIVITALIZZAZIONE CON PIASTRINE PER ALOPECIA

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o *chi ne fa le veci*)

Nome e Cognome di *chi ne fa le veci*

Firma del Testimone

(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete